Aus der Königlichen Psychiatrischen und Nervenklinik zu Kiel.

Über Psychosen nach Influenza.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde

der

hohen medizinischen Fakultät

der

Königl. Christian-Albrechts-Universität zu Kiel

vorgelegt von

Kurt Th. Neumann

aus Berlin.

Kiel 1914.

Druck von H. Fiencke.

Aus der Königlichen Psychiatrischen und Nervenklinik zu Kiel.

Über Psychosen nach Influenza.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde

der

hohen medizinischen Fakultät

der

Königl. Christian-Albrechts-Universität zu Kiel

vorgelegt von

Kurt Th. Neumann

aus Berlin.

Kiel 1914.

Druck von H. Fiencke.

No. 121.

Rektoratsjahr 1913/14.

Referent: Prof. **Siemerling.**

Zum Druck genehmigt:

Prof. **Lüthje,**

z. Z. Dekan.

Meinen Eltern!

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40153321_0068

Es gibt keine Infektionskrankheit, in deren Beginn oder weiterem Verlauf nicht einmal eine Geistesstörung auftreten kann. Diese Infektionspsychosen werden am häufigsten bei Typhus, akutem Gelenkrheumatismus und Influenza beobachtet.

Die Influenza ist im allgemeinen als eine gutartige Infektionskrankheit zu betrachten; nur in etwa 0,1—0,8 Prozent tritt der Tod durch gewisse Komplikationen ein. Unter ihnen sind besonders die Bronchitis, Pneumonie, Pleuritis, Erkrankungen des Herzens, der Verdauungsorgane und des Centralnervensystems zu befürchten, die die Prognose ungünstig beeinflussen. Die Erkrankung des Gehirns, die mit einer mehr oder weniger starken Geistesstörung einhergeht, soll den Gegenstand unserer folgenden Ausführung bilden.

Die Influenzapsychosen können ebenso wie die psychischen Störungen bei anderen Infektionskrankheiten bald im Beginn der Erkrankung als initiale Fieberdelirien, bald auf der Acme und in der Defervescenz als toxische oder infektiöse Störungen, bald einige Tage und Wochen nach dem Fieber in dem afebrilen Stadium als Erschöpfungs- oder Inanitionspsychosen auftreten. Die meisten Fälle wirklicher Psychosen bei Influenza setzen erst im Rekonvalescenzstadium ein, einige Tage bis Wochen nach Ablauf der somatischen Erscheinungen und des Schwindens des Fiebers. Die Schwere und Dauer der Psychosen entsprechen meist durchaus nicht der Intensität des vorausgegangenen Fiebers

oder der somatischen Erscheinungen. Viel wichtiger scheinen hereditäre Veranlagung, Disposition und Inanition zu sein. Die Influenzapsychosen sind durch ihre kurze Dauer und Gutartigkeit allgemein ausgezeichnet, zeigen aber sonst im Vergleich zu den anderen Geistesstörungen nichts Eigentümliches, kein spezifisches, charakteristisches Merkmal. Die Diagnose kann daher ausschließlich aus der Vorgeschichte und der Entwicklung der Grundkrankheit gestellt werden.

Im Anschluß an die große Influenza-Epidemie, die in den Jahren 1889/1890 ganz Europa heimsuchte, erschienen die ersten ausführlichen Berichte über die bei dieser Erkrankung beobachteten Geistesstörungen. Einige der wichtigsten Arbeiten aus der Literatur seien hier erwähnt.

Es ist interessant, in den vor der Entdeckung des Influenzabazillus durch Pfeiffer im Jahre 1891 geschriebenen Arbeiten zu lesen, wie man sich das Wesen der Krankheit, »sei es Miasma, sei es Contagium«, erklärte. So spricht sich Schmitz über das Influenzavirus und die Entstehung der Psychosen folgendermaßen aus: »Die Influenza ist in erster Linie eine epidemische Nervenerkrankung . . . Das Gift, das wir auf natürlichem Wege durch den Respirationsapparat oder Verdauungstraktus aufnehmen, wird in die Blutbahn weitergeführt und gelangt an das Nervensystem, wo es seine ersten toxischen Einflüsse äußert. Viele von Influenza befallene Personen zeigen nur rein nervöse Erkrankungen, bestehend in allgemeiner Abgeschlagenheit, Schwächegefühl, Kopfschmerz, Hirndruck, Augenweh, Gliederschmerzen; bei allen von wirklicher Influenza befallenen und an Affektionen der Lunge oder des Darmes und Magens leidenden Personen waren zuerst immer Nervenaffektionen vorhanden. Das Influenzagift inficierte in den meisten Fällen die sensitiven, motorischen und sekretorischen Nerven der Reihe nach; in anderen Fällen kam es zu weiter und tiefer greifenden Affektionen des Nervensystems, die Tätigkeit der Ganglienzellen erlahmte, es bildete sich das Bild der Psychose«. Schmitz macht die Influenzaerkrankung allein für die Entstehung und den Ausbruch der psychischen Affektionen verantwortlich und leugnet, daß der von anderer Seite (van Deventer)

als praedisponierende Ursache zu Influenzapsychosen genannte Alkohol kein aetiologisches Moment gibt. Sämtliche von ihm beobachteten Fälle bieten die Symptome der Melancholie in ihren verschiedenen Formen.

Eine andere Vorstellung von dem Wesen der Krankheit hat Althaus. Dieser meint, daß das »Grippotoxin« einen nachteiligeren Einfluß auf das Gehirn ausübe, als andere krankhafte Gifte, und daß es eine besondere Verwandtschaft zur Medulla oblongata besitze. Für die Entstehung der postgrippalen Psychosen scheint ihm erbliche oder erworbene Praedisposition von beträchtlicher Bedeutung, jedoch nicht der ausschließliche Faktor zu sein. Neben dieser Disposition sieht er das Fieber und vor allem das die Krankheit erregende Toxin als Hauptursache der postfebrilen Psychosen an. Die Prognose stellt er ziemlich günstig. »Die Todesfälle schließen einige Fälle von Selbstmord ein, welche besonders in den schweren Formen der hypochondrischen Melancholie vorgekommen sind.« (Althaus).

Er versucht, ähnlich wie Kraepelin, eine Klassifikation der Influenzapsychosen nach ihren charakteristischen Erscheinungen aufzustellen; so unterscheidet er z. B. die Form einer akuten hypochondrischen Melancholie, eine Form mit deutlich hervortretender Aufregung u. s. w.

Eine ausführliche Kasuistik von 10 Fällen von Influenzapsychosen findet sich in der Arbeit von Mispelbaum aus dem Jahre 1891. Dieser Autor weist besonders auf die bei seinen sämtlichen Fällen gemachte Beobachtung hin, nach der die psychische Erkrankung in der Reconvalescenzperiode nach der Influenza fällt, wo das Fieber längst erloschen ist, und die katarrhalischen Symptome größtenteils gewichen sind. Außer diesen psychischen Affektionen beobachtete er anderweitige Erscheinungen nervöser Art im Anschluß an Influenzaerkrankung; so 3 Fälle mit Intercostalneuralgien, 2 Fälle mit Supraorbitalneuralgien, 2 mal langwährende Schlaflosigkeit.

Auch die Arbeit von Leichtenstern über das Auftreten von Psychosen bei der Influenzaepidemie in Köln sei hier erwähnt. Die Geistesstörungen waren Formen von

halluzinatorischem Irresein und Melancholie. Die wesentlichsten Beobachtungen, die er bei seinen Kranken macht, hebt er in folgenden 5 Punkten hervor:

»1. Der Mangel an Heredität oder früherer psychischer Erkrankung;

2. das jugendliche Alter der Befallenen;

3. der unzweifelhafte Zusammenhang mit der vorausgegangenen Influenza;

4. der Eintritt der Psychose als Nachkrankheit der Influenza, aber in unmittelbarem Anschluß an dieselbe;

5. das Fehlen anderweitiger Zeichen einer gröberen Gehirnaffektion.« (Leichtenstern).

Was die Entstehung der Geistesstörung anbetrifft, so glaubt er nicht an eine direkte Einwirkung des specifischen, organisierten Krankheitskeimes, da die psychischen Störungen erst nach Ablauf der somatischen Erscheinungen auftraten, auch nicht an den Erschöpfungszustand als ursächliches Moment, sondern nimmt an, daß erst die Influenza selbst »spezifisch-nervös-typische« Produkte erzeuge, welche die schweren nervösen Erscheinungen, in seltenen Fällen durch Vergiftung der Gehirnrinde Psychosen hervorrufen.

Im Gegensatz zu Leichtenstern's Beobachtungen ist Kraepelin der Ansicht, daß die Influenza im Allgemeinen kaum ausreichen dürfte, um bei einem normal construierten Menschen eine Geistesstörung zu erzeugen; daß vielmehr noch anderweitige Schädigungen für ihr Auftreten mit verantwortlich gemacht werden müssen.

So konnte Siemerling[2]) an der Hand eines großen Materials in 20% erbliche Belastung finden. Die 5 von Wahn veröffentlichten Fälle sind wiederum frei von Heredität.

Die Infectionspsychosen im allgemeinen zeigen viel mehr, als früher geglaubt wurde, ein gleichförmiges Bild, meistens das der akuten halluzinatorischen Verwirrtheit, der Amentia (Siemerling[10]). Die Bestrebungen, eine einheit-

iche Infections- bezw. Erschöpfungspsychose oder bestimmte Psychosen im Gefolge der einzelnen Krankheiten abzugrenzen, wie wir es oben bei Althaus und Kraepelin gefunden haben, hält Siemerling[10]) für verfehlt. Von der rein äußerlichen nach ihren Symptomen vorgenommenen Unterscheidung in Incubations-, Initial-, Fieber-, Infektionspsychosen und Defervescenz-, Kollaps-, Inanitionsdelirien kommt für die Geistesstörung bei Influenza in erster Linie die letzte Gattung in Frage, wie wir es bei Althaus, Mispelbaum, Leichtenstern, Kraepelin, Siemerling[9]) und Wahn finden. Die Hauptsymptome sind nach Siemerling[2]) »traumhafte Verwirrtheit, zahlreiche unzusammenhängende Halluzinationen und Illusionen, einzelne Wahnideen, lebhafter Bewegungsdrang.« Anfangs bestehen ängstliche Erregungen, später oft stuporöse Zustände. Es kann die Erinnerung an eine überstandene Krankheit vorhanden sein, doch findet sich oft vollständige, zuweilen sogar retrograde Amnesie. Die Dauer der Erkrankung ist sehr verschieden, sie kann sich über Wochen und Monate erstrecken. Die Prognose ist im ganzen günstig zu stellen; sie ist »abhängig von der Art und Schwere der erzeugenden somatischen Grunderkrankung, von der Form der psychischen Störung und der Gesamtverfassung des Befallenen«; es ist ferner »immer zu bedenken, daß es sich in den meisten Fällen um schwere Infektionen des Gesamtorganismus handelt, die durch Erkrankung des Herzens (Endokarditis u. s. w.), durch plötzlichen Kollaps, Phlegmone, Sepsis, Fettembolie das Leben ernstlich gefährden können« (Siemerling[9])[2]). Vor allen Dingen ist die Neigung zu plötzlichen Ausführungen von Selbstbeschädigungen und planlosem Handeln nie außer Acht zu lassen, und so kommt es, daß ein nicht kleiner Teil von Influenzapsychosen durch Selbstmord endet.

Aus der neusten Zeit wollen wir noch die Arbeit von Bonhoeffer erwähnen, die sich mit Psychosen bei Infectionskrankheiten und anderen Allgemeinerkrankungen befaßt. In klinischer Hinsicht unterscheidet Bonhoeffer Psychosen, deren Entstehen sich mit Vorliebe an die Zeit

der Infection und des Infectionsfiebers knüpft von solchen, deren Ausbruch mit dem Zeitpunkt des Fieberabfalls zusammenfällt. Bei seiner Besprechung der Psychosen im Stadium der Defervescenz weist auch er darauf hin, daß der größte Teil dieser Psychosen den Charakter der Amentia trägt. Er bringt jedoch nur Fälle, wo der Ausbruch der Psychose mit dem Fieberabfall unmittelbar zusammenhängt. Ferner hält auch er, wie oben Siemerling, eine Trennung der Initialdelirien, Infectionsdelirien, Fieberdelirien und Defervescenzdelirien nach irgendwelchen charakteristischen, psychischen Merkmalen für nicht möglich und unrichtig, da bei ihnen dieselben Symptombilder auftreten können; ja er weist auch gleichfalls darauf hin, daß der Mannigfaltigkeit der Grunderkrankung eine große Gleichförmigkeit der psychischen Bilder gegenübersteht. Hieraus »ergibt sich die Auffassung, daß wir es mit typisch psychischen Reaktionsformen zu tun haben, die von der speciellen Form der Noxe sich verhältnismäßig unabhängig zeigen.« (Bonhoeffer). Unter dieser Noxe versteht er Infectionskrankheiten, zur Erschöpfung führende somatische Erkrankungen, Autointoxikationen von den verschiedensten Organerkrankungen ausgehend; ja er geht sogar so weit, daß er chronische Intoxikationen, auch schwere Hirntraumen und Strangulationshyperämien hierzu rechnet.

Das Zustandekommen einer Psychose stellt er sich so vor, »daß sie nicht der direkte Ausdruck der primären Giftwirkung ist, sondern daß bei einer gewissen Stärke oder auch Dauer der Wirkung des toxischen oder toxisch-infectiösen Stoffes spontan — oder nach einem Anstoß, wie es etwa der Fieberabfall ist — eine pathogene Veränderung im Organismus sich einstellt. Diese kann in inneren Organen oder (in Hinsicht auf die Erfahrung bei Hirnkontusionen vielleicht wahrscheinlicher noch) im Gehirnstoffwechsel selbst hervorgerufen werden. Die von hier ausgehenden toxischen Wirkungen bilden ein aetiologisches Zwischenglied, und als Reaction auf diese autotoxische Wirkung sind die geschilderten psychotischen Zustandsbilder zu betrachten. Wenn es sich so verhält,

wird es nicht nur begreiflich, sondern fast notwendig, daß wir nicht bei jeder Noxe einen besonderen speciellen psychotischen Typus antreffen, sondern daß entsprechend dem übereinstimmenden secundären aetiologischen Factor auch die psychischen Reactionsformen übereinstimmend bleiben « (Bonhoeffer).

Wie nun auch die genaue Wirkung auf das Centralnervensystem sei, jedenfalls ist man heute der Ansicht, daß zweifellos der Infectionserreger, d. h. der Pfeiffersche Influenzabacillus, oder seine Toxine entweder direkt, oder auf indirekte Weise, nicht aber wie früher angenommen wurde, die Wärmesteigerung oder Zirkulationsstörung die Geistesstörungen hervorrufen.

Leider geben uns die bisherigen pathologisch-anatomischen und bacteriologischen Untersuchungen keinen genügenden Aufschluß. Bei verschiedenen im Anschluß an Infectionskrankheiten aufgetretenen Psychosen hat man einen akuten Zerfall und schwere Veränderungen an den Zellen der Großhirnrinde, Blutüberfüllung und Blutungen, zuweilen Bacterienfunde und im Anschlus daran kleine encephalitische Herde gefunden.

Beim Zustandekommen einer Geistesstörung spielt ferner sicherlich die Heredität und Praedisposition eine nicht zu unterschätzende Rolle.

Im Anschluß hieran möchte ich einen Fall mitteilen, der mir von Herrn Geheimrat Siemerling gütigst überlassen ist.

Frau M. B., 35 Jahre.

Auszug aus der Krankengeschichte der Königl. Med. Universitätsklinik.

Aufnahme: 14. Okt. 1913.

Entlassen: 14. Okt. 1913, ungeheilt.

Diagnose: Suicidversuch mit Leuchtgas. — Psychose?

Anamnese, aufgenommen von der Patientin:

Früher angeblich stets gesund. In den letzten Wochen bekam Patientin Gliederschmerzen und Fieber; 4 Nächte habe sie schlaflos gelegen; sie habe sich Schlafpulver gekauft, die aber nichts genützt hätten. Während des Wachens habe sie sonderbare Gedanken gehabt, sie habe befürchtet, verrückt zu werden. Um ihren Angehörigen dies zu ersparen, sei Patientin aufgestanden und habe den Schlauch vom Gashahn in den Mund genommen in der Absicht, sich das Leben zu nehmen. Familiensorgen habe sie nicht, auch sei sie von Seiten des Mannes stets gut behandelt worden. Die Patientin erzählt, daß sie immer leicht aufgeregt gewesen sei und in letzter Zeit viel gegrübelt habe. Sie hegte die Befürchtung, ihren Angehörigen zur Last zu fallen; weiß aber selbst nicht, warum sie Grund zum Selbstmörd hätte haben sollen. Sie ist vollkommen orientiert, wie sie in die Klinik gekommen und was mit ihr geschehen ist. Die Patientin glaubt, die anderen Patientinnen hätten über sie gesprochen (dies ist nicht nachgewiesen) und hegt die Befürchtung, von anderen beobachtet zu werden. Sie drängt nach Hause, da ihre Angehörigen in Sorge um sie sein könnten. Die Frau hat 4 gesunde Kinder.

Anamnese: aufgenommen vom Ehemann:

Dieser hat nichts Auffälliges an ihrem Wesen bemerkt. Patientin sei in der letzten Woche krank gewesen; er vermutet, daß sie Influenza gehabt habe. Patientin konnte nicht schlafen.

In der letzten Nacht bemerkte er Gasgeruch, stand auf und fand seine Frau den Gasschlauch im Munde bewußtlos. Auf dem Balkon sei Patientin bald wieder zu sich

gekommen. Angeblich sind keine Geistes- und Nervenkrankheiten in der Familie vorhanden.

Status: Die Patientin macht einen in sich gekehrten, traurigen Eindruck; sie drängt nach Hause zu ihren Kindern. Sie ist anscheinend psychisch nicht ganz klar. Auf die Frage, »was ihr sei«, antwortet sie, »ich weiß.« Der Ausdruck der Augen hat etwas Verstörtes an sich; sie spricht sehr leise und geniert sich vor anderen Patientinnen, auf die Fragen des Arztes zu antworten. Auf die Fragen, wie alles gekommen sei, gibt sie geordnete Antwort; örtlich und zeitlich ist sie orientiert.

Gesund aussehende Frau von mehr als mittlerer Größe.

Knochenbau und Muskulatur gut entwickelt; Fettpolster nicht übermäßig.

Kopf: Pupillen gleich weit, mittelweit, rund.

Lichtreaktion + +.

Convergenzreaktion + +.

Augenbewegungen frei; kein Nystagmus.

Facialis symetrisch.

Gaumen symmetrisch; Gaumenbögen gerötet.

Tonsillen nicht hypertrophisch.

Zunge nicht belegt, wird gerade herausgestreckt, zittert nicht.

Würgreflex o. B.

Am Halse keine Drüsen; keine Struma.

Pulmonis o. B.

Cor. o. B. Puls 76.

Abdomen in der Mitte etwas druckempfindlich, sonst o. B.

Kniephänomen + +.

Kein Patellarklonus.

Achillessehnenreflex + +.

Kein Fußklonus.

Babinski —.

Motilität frei.

Armreflexe + +.

Motilität frei.

Urin hat Pat. während des Aufenthaltes in der Klinik nicht gelassen.

Temperatur 37,7.

Therapie: 15 Tropfen Tinct. Valerianae.

Krankengeschichte der Königl. psychiatrischen und Nervenklinik.

14. X. 1913. Die Patientin ist in Begleitung von Mann und Mutter aus der Medizinischen Klinik gebracht worden und läßt sich ruhig zur Abteilung tragen.

Anamnese, abgegeben von Mann und Mutter (14. X. 1913):

Heredität o. B.

Als Kind und junges Mädchen sei Patientin immer gesund gewesen.

Menses stark, o. B.

4 Kinder leben, sind gesund.

1 Abort.

Am 7. X. erkrankte Patientin mit Kopf- und Gliederschmerzen und Fieber. Sie stand jedoch einige Stunden am Tage auf. Einige Wochen vorher war Patientin leicht aufgeregt und gereizt; sie schimpfte und ärgerte sich leicht über die Kinder. Eine Unordnung im Haushalt will der Mann nicht bemerkt haben. In der letzten Woche während der Krankheit war Patientin immer sehr niedergeschlagen und traurig; sie äußerte sehr viel Trauer über Familienunglück (Bruder und Vater verloren ein Auge). Sie soll ferner geäußert haben, daß Gasvergiftung ein leichter Tod sei. In der Nacht vom 13. zum 14. X. 1913 ist Patientin aufgestanden und in die Küche gegangen. Der 16jährige Sohn merkte Gasgeruch und weckte den Vater. Dieser fand seine Frau in der Küche auf einem Stuhle sitzend vor. Die Küche war voll Gas. Patientin wurde in die Medizinische Klinik gebracht und vom Arzt hierher überwiesen.

Vor 10 Jahren ist Patientin einmal auf der Straße ohnmächtig geworden. Sie sei immer sehr schreckhaft gewesen und habe sich leicht geängstigt. Patientin hat sonst immer festen Schlaf gehabt; in den letzten 5 Nächten habe sie aber überhaupt nicht geschlafen. Sie ist immer zeitlich, örtlich und persönlich orientiert gewesen. Patientin klagte dann immer, daß sie nicht schlafen könne; sie habe immer dagelegen und sich Gedanken gemacht (vielleicht daß sie jetzt ihrer Umgebung zur Last falle und ähnliches). Der Ehemann fand in der Küche einen Zettel mit den Worten: »ich konnte schon wieder nicht schlafen«. Die Patientin kam schon in der Wohnung wieder zu sich, sagte kein Wort und lag mit geschlossenen Augen da.

Status: Körpergewicht 55,8 kg.

Temperatur 37,8.

Mittelgroße, kräftig gebaute Frau in gutem Ernährungszustande, Muskulatur schlaff.

Schädel nicht druckempfindlich.

Pupillen rund, mittelweit, gleichweit.

Lichtreaction + +.

Convergenzreaction + +.

Augenbewegungen frei; kein Nystagmus.

Facialis symetrisch.

Zunge trocken, etwas belegt, wird gerade herausgestreckt; wenig zittrig.

Gaumenbögen gleichmäßig gehoben.

Rachenreflex + +.

Trigeminus nicht druckempfindlich.

Große Nervenstämme nicht druckempfindlich.

Reflexe der oberen Extremitäten + + o. B.

Myotonische Muskelerregbarkeit o. B.

Vasomotorisches Nachröten o. B.

Kniephänomen + + o. B.

Achillessehnenreflex + + o. B.

Zehen werden plantar gebeugt.

Lungen o. B.

Herz: Töne sehr leise, kein Geräusch.

Puls 84, wenig kräftig.

Abdomen o. B.

Pinselberührungen nicht zu prüfen.

»Spitz« und »stumpf« nicht zu prüfen.

Schmerzempfindlichkeit herabgesetzt.

Urin: Albumen —; Saccharum —.

Patientin kann nicht gehen, sinkt nach hinten und macht einen benommenen Eindruck.

Im Blut ist kein Kohlenoxyd nachweisbar (Schwefelammoniumreductionsprobe).

14. X. 1913. Patientin kann nicht gehen und nicht stehen; liegt teilnahmslos da; gehemmt, mit halb geschlossenen Augen; reagiert auf Anruf nicht. Beim Schütteln am Arm öffnet sie etwas die Augen. Fragen werden nicht beantwortet; höchstens mit Kopfschütteln oder »weiß nicht«. Kein Widerstand bei passiven Bewegungen; keine kataleptischen Erscheinungen. Auf lauten Anruf hin macht Patientin unmutige Abwehrbewegungen. Der Gesichtsausdruck ist starr und leblos; die Frau macht im ganzen einen benommenen Eindruck.

14. X. Abends gibt Patientin an, sie habe das Gefühl gehabt, als habe sich das Bett gehoben, sei weitergefahren und heruntergesunken.

15. X. Am anderen Morgen befragt, was denn gestern mit ihr gewesen sei, gibt sie an, die Zunge und Lippen seien so schwer und steif gewesen, daß sie nicht habe sprechen können. Heute ist Patientin ganz frei; geht und steht sicher und gibt auf Fragen bereitwillig Auskunft. Sie sei in den letzten Tagen immer ohne Schlaf gewesen; die Gedanken seien durcheinander gegangen. Sie habe auch Bilder gesehen; tote Männer hätten umher gelegen; da habe sie hindurch gehen sollen. Sie sei vor 5—6 Tagen mit

großer Mattigkeit und Gliederschmerzen in Armen und Beinen erkrankt, mochte viel trinken und hatte etwas heiße Backen. Am Tage konnte sie der Kinder wegen nicht schlafen; in der Nacht konnte sie auch nicht schlafen. Es sei immer alles so unheimlich gewesen. Es wurde ihr bald ängstlich zu Mute. Sie blieb meist zu Bett liegen; dabei begann sie so eigentümliche Bilder in der Nacht zu sehen; es sei ganz verschwommen gewesen. Sie sah betrunkene Männer auf sich zukommen; Tiere und Leute lagen herum. Die Erscheinungen sah sie im Wachen, sie schlief nicht dabei. Immer sah sie ein Wimmeln und Flimmern. Es war eine Art Phantasie. Sie hatte dabei furchtbare Kopfschmerzen. Daß da wirklich etwas in der Stube war, habe sie nie geglaubt, aber trotzdem wurde sie ängstlich, denn sie fürchtete, sie müsse nun gedankenlos werden und bleiben. Am Tage verschwanden die Erscheinungen wieder, aber sie konnte — namentlich nachts — mit ihren Gedanken garnicht fertig werden. Sie sei ganz komisch im Kopf, wie benommen gewesen, als sie den Entschluß faßte, sich das Leben zu nehmen. Sie dachte, sie werde ihren Hausstand nicht führen können, da die Gedanken doch manchmal ganz verschwanden. So schloß sie die Küchentür, machte den Gashahn auf, fühlte weiter nichts und sei allmählich benommen geworden. Im Krankenhause wachte sie auf. Schlecht sei ihr eigentlich nicht zu Mut gewesen, aber noch furchtbar »schwer.« Heute sei ihr wieder besser. In der Nacht sei es leidlich gegangen; sie habe ab und zu etwas geschlummert.

Fragen:

(Wo?) — »Krankenhaus.«
(Welches?) — »In der Hospitalstraße?«
(wer ich?) — »Der Herr Dr.«
(wie lange schon hier?) — »Gestern Abend.«
(was für Datum? — »Weiß ich nicht.«

15. X. Ganz frei von den obigen Empfindungen im Bett gehoben zu werden. Schlaf leidlich gut, keine Angst, keine Halluzinationen.

21. X. Patientin liegt still zu Bett. Sie unterhielt sich mit dem Besuch gut; etwas in sich gekehrt. Sie hat Sehnsucht nach Hause.

23. X. Dauernd etwas stiller, aber dabei völlig geordnetes Wesen. Auch die Stimmung ist frei von Alterationen. Sie gibt in freundlichem Tone Auskunft; schiebt die Depression stets auf die Schlaflosigkeit durch die Influenza zurück.

25. X. Vom Mann abgeholt.
Geheilt entlassen.

Wenden wir uns nun der Besprechung unserer vorliegenden Krankengeschichte zu.

Wir hören, daß die Patientin 8 Tage vor der Einlieferung in die Klinik mit Kopfschmerzen, Gliederschmerzen und Fieber erkrankt ist. Trotzdem die somatischen Erscheinungen zur Zeit der Untersuchung in der Klinik abgeklungen waren, dürfte nach der Anamnese die Diagnose »Influenza« kaum zweifelhaft sein. Nach ihren eigenen Angaben will die Patientin immer leicht aufgeregt gewesen sein; auch will der Ehemann in den letzten Wochen eine gewisse Gereiztheit bei ihr bemerkt haben. Nach dem Abklingen der körperlichen Erscheinungen entwickelt sich bei der Patientin, unterstützt durch die fortwährenden Kopfschmerzen und Schlaflosigkeit eine Ängstlichkeit und große Mutlosigkeit. Sie glaubt verrückt werden zu müssen und dadurch den Ihrigen zur Last zu fallen. Ihre Gedanken gehen durcheinander; vor den Augen hat sie ein Wimmeln und Flimmern; sieht Bilder und Gestalten und glaubt von anderen Menschen beobachtet zu werden. Wir finden bei der Patientin also eine traumhafte Verwirrtheit mit Wahnideen und Halluzinationen. Die Verwirrtheit und Urteilslosigkeit steigert sich so sehr, daß die Patientin einen Selbstmordversuch beschließt und ausführt. Bei der Aufnahme in die Klinik macht die Patientin im ganzen einen benommenen Eindruck. Irgend welche Erregungen wurden nicht beobachtet. Auf laute Anrufe antwortet sie zuerst mit Abwehrbewegungen, wird jedoch nach wenigen Stunden munterer.

Die Orientierung für Person, Zeit und Ort ist jetzt fast vollkommen vorhanden. Auf die Fragen des Arztes gibt sie geordnete Antwort. Nach 10 Tagen ist Patientin sowohl körperlich wie geistig soweit wieder hergestellt, daß sie als geheilt entlassen werden kann.

Es handelt sich also in der oben beschriebenen Krankengeschichte um eine im Anschluß an eine Influenzaerkrankung aufgetretene Psychose mit den Hauptsymptomen einer Melancholie, verbunden mit traumhafter Verwirrtheit, Wahnideen und Halluzinationen. Nach einem mißlungenen Selbstmordversuch läuft die Psychose bei Anstaltsbehandlung in wenigen Tagen ohne weitere Folgeerscheinungen ab.

Wie schon oben gesagt, stehen wir heute auf dem Standpunkt, daß die Geistesstörung nach Influenzaerkrankung durch die Wirkung des Influenzabazillus oder seiner Toxine auf die Ganglienzellen zustande kommt. Mit Hilfe der Lumbalpunktion könnte man nun versuchen, sowohl den Influenzabazillus auf Taubenblutagar kulturell zu züchten, als auch die toxische Wirkung der Cerebrospinalflüssigkeit im Tierexperiment zu prüfen. Ein positiver Ausfall dieser Versuche würde erstens unsere Diagnose sicherstellen und uns zweitens einen nicht unwesentlichen Aufschluß über die Wirkung der Influenza auf das Centralnervensystem geben.

* * *

Herrn Geheimrat Prof. Dr. Siemerling spreche ich für die gütige Überlassung der Krankengeschichte und die Durchsicht der Arbeit meinen aufrichtigsten Dank aus.

Literatur.

1. Althaus: Über Psychosen nach Influenza. Archiv für Psychiatrie Bd. XXV.
2. Binswanger-Siemerling: Lehrbuch der Psychiatrie. Jena 1911. (Siemerling: Delirien).
3. Bonhoeffer: Die Psychosen im Gefolge von acuten Infectionen, Allgemeinerkrankungen und innere Erkrankungen, Handbuch der Psychiatrie. Leipzig 1912.
4. Deventer, van: Über Influenza, verbunden mit Nerven- und Geisteskrankheiten. Centralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie. 1891, N. F. 1. Bd.
5. Kraepelin: Über Psychosen nach Influenza. Deutsche Mediz. Wochenschrift 1890 Nr. 11.
6. Leichtenstern: Mitteilungen über die Influenzaepidemie in Köln. Deutsche Med. Wochenschrift 1890 Nr. 23.
7. Mispelbaum: Über Psychosen nach Influenza. Allg. Zeitschrift für Psychiatrie 1891, Bd. 47.
8. Schmitz: Geistesstörungen nach Influenza. Allg. Zeitschrift für Psychiatrie Bd. 47.
9. Siemerling: Über Psychosen im Zusammenhang mit acuten und chronischen Infectionskrankheiten. Deutsche Klinik Bd. 6,2.
10. Siemerling: Infections- und autotoxische Psychosen. Deutsche Mediz. Wochenschrift 1910, Nr. 48.
11. Wahn: Über das Auftreten von Psychosen nach Influenza. I.-D. Kiel 1903.

Lebenslauf.

Verfasser, Kurt Theodor August Neumann, evangelischer Konfession, wurde geboren zu Berlin am 3. Oktober 1889. Seine wissenschaftliche Vorbildung erhielt er auf dem Königl. Kaiser Wilhelm-Realgymnasium zu Berlin.

Seine medizinischen Studien begann er Ostern 1908 auf der Universität zu Freiburg i./Br., ging Michaelis 1908 nach Berlin und bestand Michaelis 1910 die ärztliche Vorprüfung in Kiel. Nachdem er sämtliche klinische Semester in Kiel verbracht hatte, bestand er am 23. Juni 1913 das medizinische Staatsexamen. Vom 25. Juli — 30. November 1913 war Verfasser als Medizinalpraktikant in der Ambulanz der Königl. Chirurgischen Universitätsklinik in Kiel tätig und ist seit dem 1. Dezember 1913 in der Prosektur der städtischen Krankenanstalt in Kiel beschäftigt.